

駒込共立クリニック

旅行・臨時透析 FAX 依頼書 (医療機関申込み用)

医療機関・患者様情報

医療機関名称	_____ (病院 ・ クリニック ・ 診療所)
電話番号、FAX	電話 _____ - _____ - _____、FAX _____ - _____ - _____
ふりがな	_____
氏名 (性別)	_____ (男性 ・ 女性)
年齢 生年月日	_____ 歳 (大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)
透析時間 曜日	_____ 時間、(月・水・金、火・木・土、その他 _____)
シャント(透析アクセス)	右 ・ 左

ご希望の透析日 (臨時透析の日時希望に関する情報)

1	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 「 午前(8:30~)、午後(15:30~22:00) 」
2	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 「 午前(8:30~)、午後(15:30~22:00) 」
3	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 「 午前(8:30~)、午後(15:30~22:00) 」

* 臨時透析回数が4回以上の場合は、下記特記事項の欄にご記入ください

* 火・木・土は、午前の部のみとなります。ご了承ください

特記事項(問題点やご要望など)

FAX 申し込みを頂きましたら、当院から確認のご連絡をさせていただきます。

決定後に、透析条件を FAX にてご送付ください

駒込共立クリニック FAX 番号	03-3941-4282
------------------	--------------